

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA: DE INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de: INGENIERA EN
CONTABILIDAD Y AUDITORÍA**

TEMA:

**ANÁLISIS DEL EFECTO ECONÓMICO FINANCIERO EN LAS
COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA POR LA APLICACIÓN DE LA
NUEVA LEY ORGÁNICA QUE REGULA LAS COMPAÑÍAS QUE
FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE
SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA EN LA CIUDAD DE QUITO**

AUTORA:

ESTHELA AURORA SEGOVIA FREIRE

DOCENTE TUTOR:

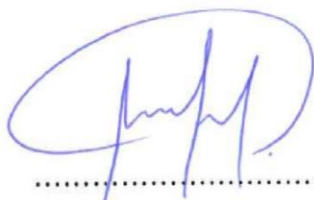
FREDDY GONZALO ARAQUE MONTENEGRO

Quito, septiembre 2017

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Esthela Aurora Segovia Freire, con documento de identificación No 1723178966, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora del trabajo de grado del artículo académico de titulación intitulado: *“Análisis del efecto económico financiero en las compañías de medicina prepagada por la aplicación de la nueva ley orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica en la ciudad de Quito”*, mismo que ha sido desarrollado para optar por el Título de Ingeniera en Contabilidad y Auditoría, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



.....
Nombre: Esthela Aurora Segovia Freire

Cédula: 1723178966

Fecha: septiembre del 2017

DECLARATORIA DE COAUTORÍA DEL DOCENTE TUTOR

Yo, **Freddy Gonzalo Araque Montenegro**, declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de grado del artículo académico, titulación Análisis del efecto económico financiero en las compañías de medicina prepagada por la aplicación de la nueva ley orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica en la ciudad de Quito, realizado por **Esthela Aurora Segovia Freire**, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, septiembre 2017



.....
Ing. Freddy Gonzalo Araque Montenegro

Cédula: 1710453745

ÍNDICE GENERAL

1. Introducción	1
3. Justificación	3
4. Objetivos General	4
4.1 Objetivos Específicos	5
5. Metodología de la investigación	5
5.1 Método Descriptivo analítico	5
6. Tipo de Investigación.....	6
6.1 Investigación exploratoria	6
7. Métodos de Investigación	6
7.1 Método Deductivo	6
7.2 Población	7
7.2.1 Enfoque.	7
7.3 Técnicas	7
8. Marco Teórico.....	8
8.1 Seguro.....	8
8.2 Seguro Social.....	8
8.3 Seguro Privado	9
8.4 Seguros de medicina prepagada	9
8.5 Fuentes de financiamiento	10
8.6 Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.....	10
8.6.1 Planes, programas, modalidades, Precios.	11
8.6.2 Coberturas	11
9. Análisis e Interpretación de Resultados.....	17
9.1 Encuesta.....	17
10. Conclusiones	37
Bibliografía	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Problemática actual, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017	17
Tabla 2. Efecto económico desfavorable, Adaptado de la investigación, por Segovia E.2017	18
Tabla 3. Efecto económico por la aplicación de la nueva ley, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	19
Tabla 4 Demanda actual en relación de años anteriores, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	20
Tabla 5. Adquisición de coberturas, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	21
Tabla 6. Efecto de la demanda en la renovación de los contratos, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	22
Tabla 7. Factores que afectan a la demanda en nuevos contratos, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	23
Tabla 8. Efectos al asumir costos adicionales, según la nueva ley, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	24
Tabla 9. Medidas de recorte para maximizar rentabilidad, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	25
Tabla 10. Costos que incurren por atención médica pública del cliente, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	26
Tabla 11. Servicios médicos con mayor costo en coberturas, según la nueva ley, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	27
Tabla 12. Enfermedades con mayor siniestralidad, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	28
Tabla 13. Conformidad, con las formas de financiamiento, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	29
Tabla 14. Problemática actual en atenciones médicas, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	30
Tabla 15. Atenciones médicas obligatorias en el contrato, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	31
Tabla 16. Prestación de servicios médicos ambulatorios y emergentes, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	32
Tabla 17. Culminación del contrato anticipado, por el deceso del titular, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	33
Tabla 18. Beneficiarios de la póliza, por el deceso del titular, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	34
Tabla 19. Recursos para generar rentabilidad y participación activa, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017.....	35
Tabla 20. Financiamiento para servicios y coberturas, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017	36

ANÁLISIS DEL EFECTO ECONÓMICO FINANCIERO EN LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA POR LA APLICACIÓN DE LA NUEVA LEY ORGÁNICA QUE REGULA LAS COMPAÑÍAS QUE FINANCIEN SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA Y A LAS DE SEGUROS QUE OFERTEN COBERTURA DE SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA EN LA CIUDAD DE QUITO.

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar el efecto económico financiero en las compañías de medicina prepagada por la aplicación de la nueva ley orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica en la ciudad de Quito, mediante la investigación realizada a 10 empresas de medicina prepagada, se tomó el total de la población que permitió determinar que el efecto económico es desfavorable en la generación de utilidades, plazas de trabajo, reservas de capital, desembolsos, coberturas y servicios de atenciones médicas ambulatorias en siniestralidad de

enfermedades preexistentes catastróficas para las empresas, donde se proyecta el incremento de tarifas cuidando de la condición económica del cliente que no afecte a la demanda, las empresas se encuentran analizando la evolución del marco normativo de la ley para plantear nuevas estrategias que le permita mantener su posición activa en el mercado y margen de utilidad.

Palabras clave: Enfermedades preexistentes, siniestralidad, coberturas, desembolso, financiamiento, efecto económico.

Abstract

The objective of this paper is to analyze the economic and financial impact on prepaid medical companies by the application of the new organic

regulates companies that finance comprehensive prepaid health care services and those that offer health insurance coverage. In the city of Quito, by means of research carried out on 10 companies of prepaid medicine, the total population was taken to determine that the economic effect is unfavorable in the generation of profits, places of work, capital reserves, disbursements, coverage's. And outpatient medical care services in the event of catastrophic pre-existing diseases for companies, where the increase of rates is planned taking care of the economic condition of the client that does not affect the demand, companies are analyzing the evolution of the normative framework of the law. To propose new strategies to enable it to maintain its active position in the market and profit.

Keywords: Pre-existing diseases, accidents, coverage, disbursement, financing, economic effect.

1. Introducción

Según (Sekhiri & Savedoff, 2005) Los seguros privados cumplen un rol importante en la sociedad, Latinoamericana en los sistemas de salud de América Latina en relación con otros países en vía de desarrollo. Está en manifiesto, que durante las últimas décadas se ha incrementado en el mercado las empresas de medicina prepagada a medida que ha crecido la región Latinoamérica, cada vez presenta una conducta más participativa en la adquisición de estos servicios de seguros médicos privados, desempeñando un papel importante que complementa a las coberturas de salud en el sector público.

“Ante la creciente participación del sector privado en los sistemas de salud

en América Latina se ha observado cómo en algunos países se considera los seguros de medicina prepagada, para posibilitar el aseguramiento” (FundaciónMapfre, 2010). En América Latina, el mercado oferente en Ecuador ha tenido aceptación constante, la misma que ha sido motivada por la falta de cobertura en asistencia médica por parte del sector público que no le ha permitido cubrir el total de la población, existen empresas privadas que ofrecen planes de salud que se denominan Empresas de Medicina Prepagada (EMP).

Según (Directorio Médico Quito, 2015) en la actualidad las empresas hacen frente a regulaciones e intervenciones de control por parte del estado, donde se han establecido varias reformas, que puede incidir en una problemática en el aspecto económico –financiero para el desarrollo de sus funciones.

La presente investigación pretende analizar el efecto económico financiero, ante posibles complicaciones para el financiamiento y obtención de utilidades, enmarcada por la situación económica actual del país, tras la aplicación de la nueva ley orgánica.

2. Antecedentes

“En América Latina las empresas de medicina prepagada (EMP), se relacionan en el ámbito político con el resurgimiento de la reforma liberal en políticas gubernamentales y distintos campos sociales por los años ochenta.

Mediante un análisis de la política de salud se determinó que existen bajos niveles de eficiencia y eficacia referente a la distribución de los recursos públicos, donde el aumento del gasto público, no necesariamente representa una óptima calidad de servicios médicos que cubran toda la

población, pues el sistema ecuatoriano hace décadas atrás no estaba diseñado para solventar necesidad de dicho mercado, de tal forma que se privilegiaban los “free riders”, es decir monopolización de sistemas que recibían todos los beneficios” (Directorio Médico Quito, 2015).

El actual sistema de mercado busca un esquema bilateral de oferta y demanda, que les permita influenciar en los oferentes y demandantes de los servicios de salud.

“En diciembre del 2011, 38 de las 43 empresas asumen servicios de riesgos generales y vida y solo nueve compañías especialistas en el ramo de vida” (Seguros, 2011) .

El mercado ecuatoriano busca un sistema que complemente falencias de los planes primarios del sector público, lo que ha permitido el desarrollo de los nichos de mercados como; grupo vida y asistencia médica.

Este documento busca describir las reformas plasmadas con la nueva ley en aspectos fundamentales como estructura, financiamiento y coberturas de salud, en un contexto socioeconómico del país, y el papel del sector privado en el sistema de salud.

3. Justificación

El presente trabajo investigativo busca analizar el efecto económico financiero de la nueva Ley Orgánica aplicada a las empresa de Medicina Prepaga, las mismas que se encuentran en la necesidad de tomar decisiones sobre su giro del negocio.

Según el Diario (Comercio, 2016) La ley obliga a que las empresas del sector de medicina prepagada desembolsen al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y al Ministerio de Salud cuando sus clientes se atiendan en los centros médicos estatales por el valor de la póliza del contrato.

Como también cubrir la garantía de la cobertura en las mujeres embarazadas, personas de la tercera edad, personas con discapacidad física mental y enfermedades catastróficas, Cobertura de servicios en medicina preventiva de manera integral sin elevar sus costos acorde al plan contratado. Las empresas también deberán cubrir en su totalidad enfermedades congénitas, hereditarias, genéticas, crónicas, catastróficas, degenerativas de acuerdo al plan que haya contratado el cliente, en enfermedades oncológicas tendrán una atención que incluye obligatoriamente cirugías y rehabilitaciones, trasplantes de órganos, atención de salud para personas con discapacidades sin discriminación.

Las compañías de prestaciones de servicios médicos prepagados deberán invertir las utilidades netas generadas en cada ejercicio fiscal.

La presente investigación tiene como finalidad dar a conocer el efecto económico financiero que se generaría por la aplicación de la nueva ley orgánica, al cual las empresas de este segmento, posiblemente tendrían que enfrentarse y diseñar nuevas estrategias, que cumplan con las exigencias de la normativa y la conformidad de sus clientes, para poder seguir participando en el mercado de salud privada y obtener rentabilidad.

4. Objetivos General

Analizar el efecto económico financiero en las compañías de medicina prepagada por la aplicación de la nueva ley orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica en la ciudad de Quito.

4.1 Objetivos Específicos

- Evaluar los aspectos desfavorables que se presente por la aplicación de la nueva ley orgánica en el ámbito económico financiero de las empresas de medicina prepagada.
- Examinar la incidencia de la demanda en el mercado para la adquisición de seguros médicos prepagados.
- Deducir el efecto en los costos o gastos que se incrementarían para las empresas privadas de salud de medicina prepagada por la aplicación de la ley.
- Analizar las formas de financiamiento que optarían las empresas para financiar nuevos gastos incurridos en la extensión de servicios tras la aplicación de la nueva ley.
- Determinar cuáles son las enfermedades que presentan mayor siniestralidad, que actualmente

deben cubrir de forma obligatoria,

y que antes no contemplaban en sus programas de ofertas de las empresas medicina prepagada.

- Conocer que servicios y atenciones médicas representan mayores costos para las empresas de medicina prepagada, tras la aprobación de la nueva ley.

5. Metodología de la investigación

5.1 Método Descriptivo analítico

“La investigación descriptiva incluye entrevistas y preguntas de investigación de diferentes tipos como las encuestas. El propósito principal de la investigación descriptiva es la descripción de determinada situación” (Carvajal, 2013). Para la presente investigación se aplicará este método, para analizar el ambiente económico financiero de las empresas (EMP) bajo la aplicación de la nueva Ley orgánica. Se considera importante para la investigación utilizar este método al

momento de conocer, su comportamiento en función de la demanda.

6. Tipo de Investigación

6.1 Investigación exploratoria

“Ayuda a determinar investigación de diseño a ser aplicada y a la adecuada recopilación de datos método y selección de los sujetos. Dado su carácter fundamental, la investigación exploratoria a menudo puede llegar a la conclusión de que un supuesto problema percibido en realidad no existe, por ello se debe sacar conclusiones definitivas con extrema precaución. Se encarga de buscar y establecer relaciones entre la causa efecto donde se busca determinar los efectos mediante la aplicación de encuestas, intenta dar una perspectiva de la realidad enmarcada en una teoría referenciada a leyes, hechos o fenómenos que contienen afirmaciones

para explicar hechos particulares”.
(Carvajal, L, 2013)

Esta investigación me permitirá analizar los cambios realizados en la nueva ley que posiblemente afecte o beneficie a las empresas de medicina prepagada.

7. Métodos de Investigación

7.1 Método Deductivo

“El razonamiento deductivo es un proceso lógico en el que una conclusión se basa en la concordancia de varias premisas que generalmente se asumen para ser verdad”.
(Rodríguez V. H., 2010).

El razonamiento deductivo se refiere a la lógica de arriba hacia abajo, su contraparte, el razonamiento inductivo, se refiere a la lógica de abajo hacia arriba. Por lo tanto, las conclusiones del razonamiento deductivo parten de premisas generales hacia una conclusión

específica, mientras que el razonamiento inductivo procede de premisas locales o específicas hacia una conclusión general.

7.2 Población

“La muestra describe el número apropiado de encuestas y entrevistas a ser aplicadas. Para el caso de una población finita, en donde se conoce cuantos elementos tiene una población (total de la demanda en Quito), la muestra “n” se considera en función del Nivel de Confianza “ Z^2 ”, Universo “N”, Probabilidad de Éxito “P”, Probabilidad de Fracaso “Q”, y un porcentaje de error a ser considerado, “e”.” (Rodríguez V. , 2009).

Para el desarrollo de esta investigación existen 10 empresas en el segmento de las empresas de medicinas prepagadas en la ciudad de Quito, por lo cual se tomara la información de toda la población, en su totalidad considerando que no es muy amplio el

campo investigativo para poder obtener fuentes de información con un análisis concreto.

7.2.1 Enfoque.

Cuantitativo.- Se aplicara este enfoque cuantitativo, el mismo que me permitirá obtener una medición numérica y un análisis estadístico, de naturaleza numérica y porcentual en base a la recolección de información mediante las encuestas aplicadas al campo investigativo del sector de las empresas de medicina prepagada.

7.3 Técnicas

○ Encuestas

Mediante esta técnica me permitirá analizar el efecto económico financiero en las compañías de medicina prepagada por la aplicación de la nueva ley orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura

de seguros de asistencia médica en la ciudad de Quito.

- Entrevista

Mediante la aplicación de la encuesta se dio la apertura en algunas empresa a cuestionar temas que mencionaban y que no estaban en el alcance de la encuesta, ampliando el conociendo sobre el entorno económico.

8. Marco Teórico

El sistema de salud en el Ecuador se caracteriza por la segmentación de dos sectores públicos y privados.

8.1 Seguro

Seguro es un contrato donde se establecen convenios y acuerdos para la protección de intereses, teniendo como objeto el aseguramiento de un bien de naturaleza tangible o intangible mediante el pago de una denominada prima pura.¹.

¹Prima Pura: Es el valor actuarial del riesgo asumido por el asegurador, basándose en el cálculo de probabilidades que corresponde con

8.2 Seguro Social

El seguro social en el Ecuador “En nuestro país el auge agro exportador de inicios del siglo como manifestación de los primeros años del desarrollo capitalista en el Ecuador se volvió indispensable el establecimiento de disposiciones y medidas de carácter social. Más adelante en 1993 se dicta la Ley que crea el Seguro Social Obligatorio y el Instituto Nacional de prevención – INP. En 1937 se crea el fondo privado para empleados y obreros que cubría los riesgos de vejez, invalidez, sobrevivientes, enfermedad maternidad, fondo mortuario.” (Jumbo, 1996).

“La Constitución de la República del Ecuador vigente, publicada en el Registro Oficial No. 449 de 20 de octubre del 2008, en su artículo 3, garantiza sin discriminación alguna, el

el importe que necesita percibir el asegurador para asumir las consecuencias de los riesgos.

efectivo goce del derecho a la seguridad social para sus habitantes” (Superintendencia de Bancos, 2017),

El seguro social en el Ecuador busca cubrir necesidades de la clase trabajadora en aspectos como la salud, accidentes y otros riesgos, que cubrirá el Sistema Nacional de Seguridad Social con el aporte económico de los afiliados, y el estado.

8.3 Seguro Privado

Estos tipos de seguros son contratos donde el asegurado accede de forma voluntaria y a través del cual una entidad se obliga a indemnizar el daño o siniestro a otra persona mediante el cobro de una prima y emisión de una póliza, donde delimitan los derechos, obligaciones, y coberturas con las que deben cumplir tanto el asegurado como el asegurador estipulado en el contrato adquirido.

En el Ecuador la operación de estas empresas se desarrollan según la Ley

General de Seguros “Art. 3.- Son empresas que realicen operaciones de seguros las compañías anónimas constituidas en el territorio nacional y las sucursales de empresas extranjeras, establecidas en el país, en concordancia con lo dispuesto en la presente” (Ley General de Seguros, 2008), donde el objeto principal es asumir y ceder riesgos en base a primas de forma directa o indirecta, para la cual estas empresas realizarán sus actividades operacionales bajo el control y supervisión del estado encargado de dar seguimiento al cumplimiento, aun al ser libre de financiamiento público estas entidades funcionan bajo regulación de la Superintendencia de Bancos y Seguros.

8.4 Seguros de medicina prepagada

Según (Directorio Médico de Quito, 2017) , es un contrato con una compañía de seguros de salud, por la

cual se pagan un costo mensual por un plan o póliza, a cambio que la aseguradora se encargue de todo o parte de los gastos médicos. Se puede tener seguro médico a través del empleador, o se puede comprar de manera individual.

Cubre servicios médicos y gastos ocasionados por enfermedades, accidentes y otros riesgos en clínicas u hospitales de especialidad que estén dentro de la cobertura establecida en la póliza adquirida (Junta Bancaria del Ecuador , Pag. 3, 2017).

8.5 Fuentes de financiamiento

Fuentes de financiamiento.- Para el cumplimiento de su objeto social las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada.

- 1.- Recursos propios provenientes de su capital social, utilidades y reservas;
- 2.- Aportes o cuotas de los afiliados; y,
- 3.- Empréstitos y más medios de financiamiento societario.

Se prohíbe utilizar recursos del Estado para financiar, subsidiar o participar en procesos de rescate financiero de este tipo de compañías (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2016).

8.6 Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica

Artículo 1.- Objeto.- La presente Ley tiene como objeto normar la constitución y funcionamiento de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada. Esta ley busca salvaguardar, los derechos de los usuarios de forma justa y equitativa, para la cual se establece un control regulador, sancionador en caso de incumplir con la misma.

8.6.1 Planes, programas, modalidades, Precios.

- Artículo 19.- Planes y programas.- Empresas que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, deberán contener el detalle de prestaciones cubiertas, sus contenidos, alcances y límites.
- Artículo 20.- Cobertura en razón de las personas.- Los planes y programas deberán ofrecer cobertura en razón de las personas ya sea como titulares, beneficiarios, dependientes o asegurados.
- Artículo 22.- Modalidades.- EL financiamiento, en virtud del pago de cotizaciones, aportaciones individuales, cuotas o primas.
- Modalidad Abierta. El usuario puede a su elección, recibir atención médica mediante terceros que no estén vinculados a la misma.

- Modalidad Cerrada. El usuario recibirá atención médica únicamente de compañías vinculadas entre sí.
- Modalidad Mixta. El usuario recibirá atención médica mediante la aplicación de las dos modalidades.
- Artículo 29.- Precio.- El precio que se fije en los contratos guardará conformidad con las notas técnicas y estudios actuariales aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con el soporte técnico de la Autoridad Sanitaria Nacional.

8.6.2 Coberturas

“Artículo 15.- Financiamiento de servicios.- Las compañías deberán estar en capacidad de asumir los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados; y, de asumir directa o indirectamente o

aceptar y ceder riesgos, con carácter resarcitorio o indemnizatorio, con sujeción a lo previsto en la Ley.

1.- Prestaciones de prevención de la enfermedad sea ésta primaria, secundaria y terciaria, como aspecto fundamental que promueva el acceso universal a la salud.

2.- Atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y sub – especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo; que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones.

3.- Atención prehospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, al que se pueda acceder dentro o fuera del país, de acuerdo con el plan contratado;

4.- Atención hospitalaria por indicación del profesional de la salud que atienda al paciente. Esta cobertura incluirá transporte, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales;

5.- Atención en casos de urgencia y emergencia médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios;

6.- Atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre – término

o post término; complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento.

7.- Atención de enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias, con cobertura total;

8.- Atención de enfermedades preexistentes², con la cobertura prevista en esta Ley;

9.- Atención de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras, de acuerdo con el plan contratado;

10.- Atención oncológica integral que incluya obligatoriamente cirugía reconstructiva y rehabilitación, de acuerdo al plan contratado;

11.- Trasplante de órganos, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia e incluirá obligatoriamente la atención y cobertura de las prestaciones que se deban dar al donante.

12.- Servicios de salud para personas con discapacidad, cuya atención y cobertura se sujetará a lo previsto en la Ley de la materia;

13.- Todo procedimiento diagnóstico y terapéutico de seguimiento y control posteriores a cada enfermedad o accidente atendido y referidos a especialidades y sub especialidades; incluyendo curaciones, rehabilitación, cuidados paliativos domiciliarios, y de largo plazo;

14.- Auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, existentes, que pudieran crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral, solicitados por un prescriptor y de acuerdo con el plan contratado;

15.- Estudios anatomopatológicos³, genéticos y para enfermedades congénitas, cuando éstos sean

²Enfermedades Preexistentes: Las preexistencias son aquellas discapacidades, enfermedades o patologías que tiene una persona antes de contratar un seguro de salud.

³Estudios anatomopatológicos: Es el estudio de las características de la muestra de un tejido para determinar qué tipo de enfermedades padece el paciente.

solicitados por un médico, para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología, con cobertura total;

16.- Acceso a medicamentos en cualquier farmacia autorizada por autoridad competente, cuyo costo será cubierto total o parcialmente, por las vías del pago directo o el reembolso, según el plan contratado, siempre que aquellos hayan sido recetados por un prescriptor;

17.- Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de conformidad con el plan contratado;

18.- Prestaciones de salud dental, asesoría nutricional y consultas psicológicas, de conformidad con el plan contratado”. (Asamblea Nacional de las República del Ecuador, 2016).

Según (Asamblea Nacional de las República del Ecuador, 2016). En la nueva ley se estableció que en

enfermedades preexistentes los pacientes recibirán una cobertura por un monto de veinte 20 salarios básicos unificados de un trabajador a partir del mes 24 del contrato (carencia). Las empresas de medicina prepagada dentro de sus políticas internas no cubrían enfermedades preexistentes que no estuvieran controladas con siniestralidades altas para el contrato.

Las empresas del sector con la nueva ley deberán cubrir también atenciones ambulatorias no solo en medicina general si no también incluir prestación de servicios ambulatorios para los pacientes que requieran diálisis y hemodiálisis a domicilio si el paciente se encuentra imposibilitado.

En cobertura para enfermedades oncológicas las empresas deberán cubrir de forma integral considerando cirugías de reconstrucción si fuere el caso, mientras que antes los planes y pólizas de asistencia médica para

pacientes oncológicos eran acorde a las políticas internas de cada empresa.

Bajo los lineamientos de la nueva ley prohíbe cualquier tipo de discriminación, como por ejemplo a personas con discapacidad, donde las compañías calificaban al paciente previamente para emitir o no coberturas a personas que presentaban discapacidad, también deberán cubrir trasplantes de órganos la atención y prestaciones de servicios médicos durante todo el proceso al paciente y donante.

Según (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2016). Establece en el artículo 30.- Cláusulas contractuales obligatorias.- 1.- Enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación.- Establecer como obligación contractual la prohibición de incrementos adicionales a las tarifas o primas de los planes contratados.

2.- Atención de la emergencia médica.- Cubrir el financiamiento para la atención de toda emergencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento efectuado por el prestador del servicio de salud.

Si el usuario no está en condiciones de ser trasladado a un establecimiento de salud, podrá solicitar en el lugar donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de emergencias médicas ambulatorias.

3.- Tarifa cero.- Los afiliados y asegurados, deberán recibir obligatoriamente, con cargo a la tarifa contratada, prestaciones de prevención primaria, que deberán ser determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

4.- Otras que determine la Autoridad Sanitaria Nacional.

Según (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2016) en el

artículo 31.- Terminación Anticipada de los contratos, no podrán unilateralmente dar por terminado un contrato, salvo lo dispuesto en el artículo 38 numeral 3, o por incumplimiento de las contraprestaciones económicas por parte del titular.

En caso de fallecimiento del titular como personal natural o persona jurídica esto no producirá la terminación anticipada del contrato, en el caso de una persona natural, las empresas están obligadas a mantener todas y cada una de las coberturas del plan contratado en favor de los usuarios dependientes, por un periodo de tiempo de un año.

9. Análisis e Interpretación de Resultados

9.1 Encuesta

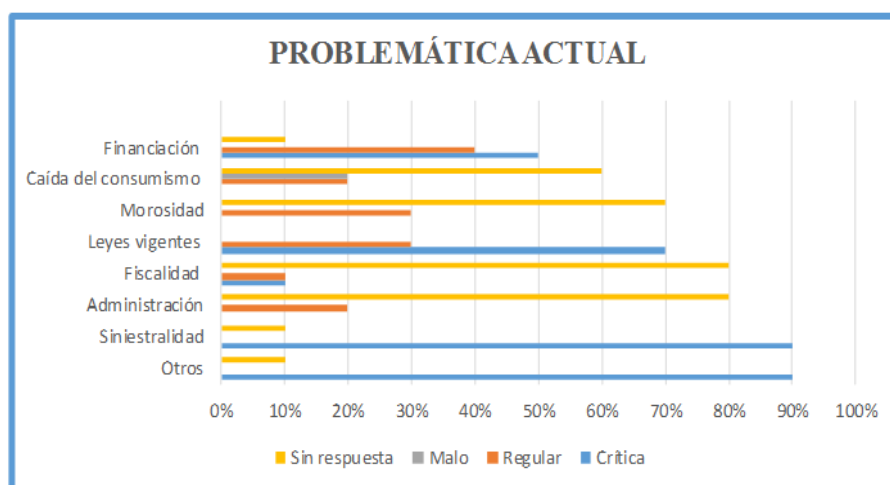
1. ¿Cuál cree que es el mayor problema actualmente para las empresas de medicina prepagada? Califique del 1 -3 donde 1 es mala, 2 regular, 3 críticas.

Tabla 1 Problemática actual, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017

Datos	Otros	Siniestralidad	Administración	Fiscalidad	Leyes vigentes	Morosidad	Caída del consumismo	Financiación
Crítica	90%	90%	0%	10%	70%	0%	0%	50%
Regular	0%	0%	20%	10%	30%	30%	20%	40%
Malo	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%
Sin respuesta	10%	10%	80%	80%	0%	70%	60%	10%

Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Figura 1 Problemática actual, Adaptado de la investigación, por Segovia E. 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Con la aplicación de la encuesta se determinó que el 90% de las empresas presenta una problemática actual crítica, dentro de otros están los desembolso al IESS en base a cálculos internos de las empresas proyecta tener pérdidas en utilidades, y un 90% en siniestralidad de atenciones

médicas en enfermedades catastróficas, costos que actualmente están asumiendo las empresas, mientras que un 70% presenta problemas críticos respecto a leyes vigentes que se reformo en nuevas coberturas, atenciones médicas ambulatorias y hospitalarias integrales,

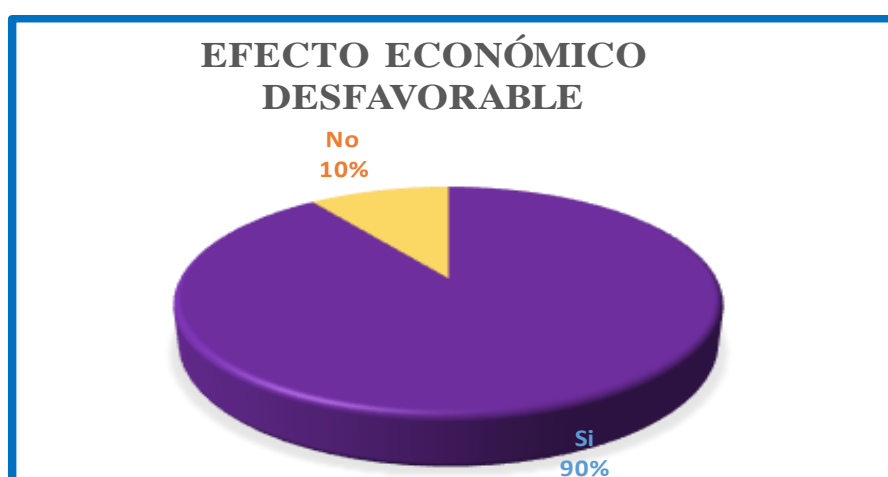
reservas de capital y regulaciones de precios.

2. ¿Considera que la aprobación de la nueva Ley orgánica para el sector medicina prepagada ha generado efectos económicos desfavorables?

Tabla 2. Efecto económico desfavorable, Adaptado de la investigación, por Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	90%
No	1	10%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 2 Efecto económico desfavorable, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Se determinó que para 9 de 10 empresas genera un efecto económico desfavorable con la nueva ley, como mayor problemática el desembolso al IESS y Ministerio de salud cuando sus clientes usen estos centros estatales, además presenta afectaciones con las nuevas coberturas en atención integral de enfermedades preexistentes catastróficas, atenciones médicas ambulatorias, reservas de capital, trasplantes de órganos, y solo 1 de 10 empresas que no se ve afectada, es debido a que anualmente incrementa las tarifas para sus clientes y está en condiciones de asumir costos.

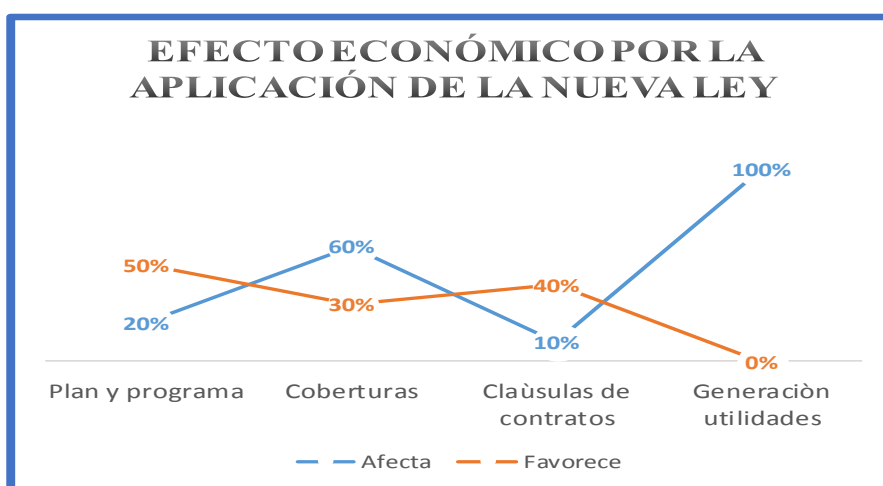
3. ¿Cómo cree que afecta o favorece económicamente la ley orgánica vigente aplicada al sector de medicina prepagada? Califique del 1 -2 donde 1 afecta, 2 favorece.

Tabla 3. Efecto económico por la aplicación de la nueva ley, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Plan y programa	Coberturas	Claùsulas de contratos	Generaciòn utilidades
Afecta	20%	60%	10%	100%
Favorece	50%	30%	40%	0%
Sin efecto	30%	10%	50%	0%

Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Figura 3 Efecto económico por la aplicación de la nueva ley, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Se determinó que todas de las empresas de medicina prepagada se proyectan a un efecto económico negativo, que perjudica la generación de utilidades en relación a años anteriores, por los desembolso que deben realizar al estado y reservas de

capital, asumiendo costos de las nuevas coberturas en atenciones médicas, atenciones ambulatorias, urgencias, enfermedades preexistentes y catastrófica que adiciono la nueva ley, las empresas buscan oportunidades en cuanto a planes y

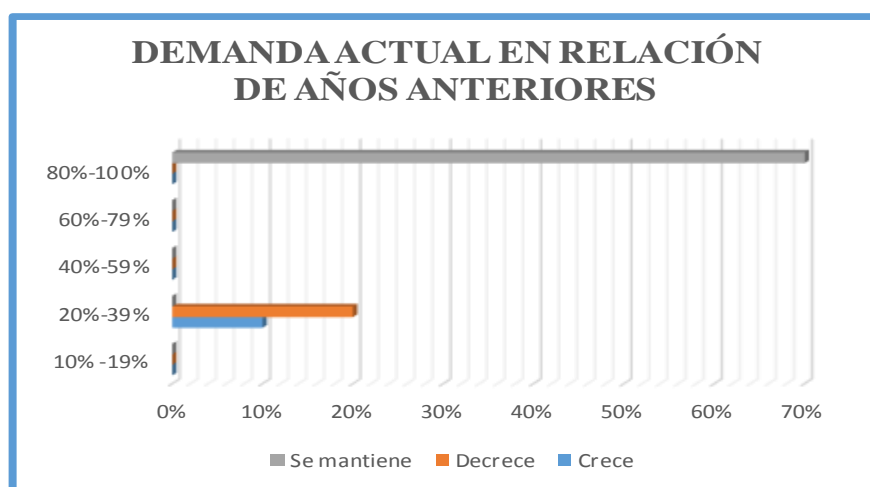
programas, porque pueden mejorar sus ofertas ampliando su portafolio que cubran nuevas necesidades.

4. ¿Qué porcentaje mantiene actualmente la demanda de servicios de seguros de medicina prepagada en relación a años anteriores, tras la aprobación de la nueva Ley orgánica de este sector?

Tabla 4 Demanda actual en relación de años anteriores, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Se mantiene	Decrece	Crece
10% -19%	0%	0%	0%
20%-39%	0%	20%	10%
40%-59%	0%	0%	0%
60%-79%	0%	0%	0%
80%-100%	70%	0%	0%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017			

Figura 4 Demanda actual en relación de años anteriores, Adaptado de la investigación por, Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

La demanda en relación a años anteriores se mantiene en un 70% debido a que estas empresas actualmente asumen costos y mantienen las tarifas mientras se apruebe su incremento, además los contratos en su mayoría que aún están vigentes no tienen regulación de precios por las nuevas coberturas, servicios y atenciones médicas

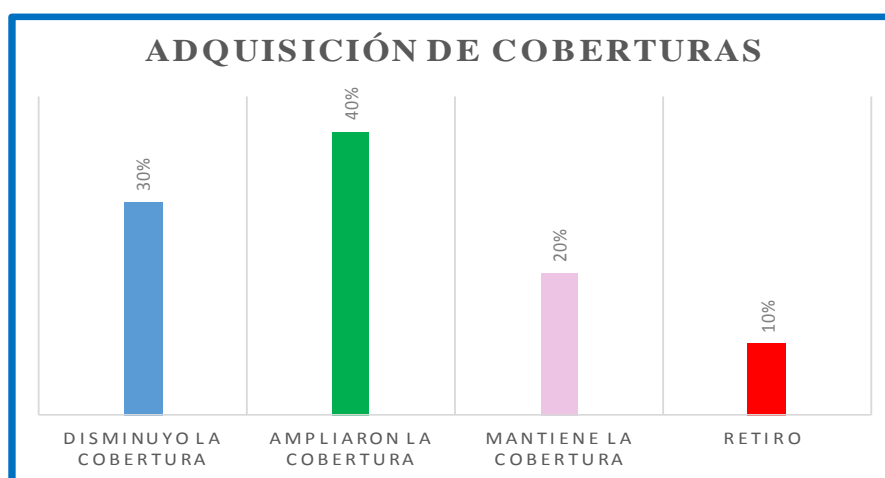
adicionadas por la nueva ley, lo que hace que la demanda se mantenga , sin embargo 2 de 10 empresas han decrecido por su posición financiera que no están en igual capacidad de asumir costos.

5. ¿Qué comportamiento presenta el cliente en relación a la adquisición de coberturas que se reformaron, tras la aprobación de la nueva Ley orgánica de este sector? Elija las opciones

Tabla 5. Adquisición de coberturas, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Disminuyo la cobertura	3	30%
Ampliaron la cobertura	4	40%
Mantiene la cobertura	2	20%
Retiro	1	10%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 5. Adquisición de coberturas, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Tras la aprobación de la nueva ley, en coberturas los clientes amplían un 40% en servicios y atenciones médicas preventivas, ambulatorias, trasplantes de órganos receptor y donante, embarazos cobertura para el nacido, enfermedades catastróficas, oncológicas, psiquiátricas, que adiciono la nueva ley y beneficia a los contratos anteriores, sin considerar el

incremento en tarifas para los nuevos contratos que esta por regularse, en 1 de 10 empresas se retiraron a efecto de la renovación de contratos en clientes

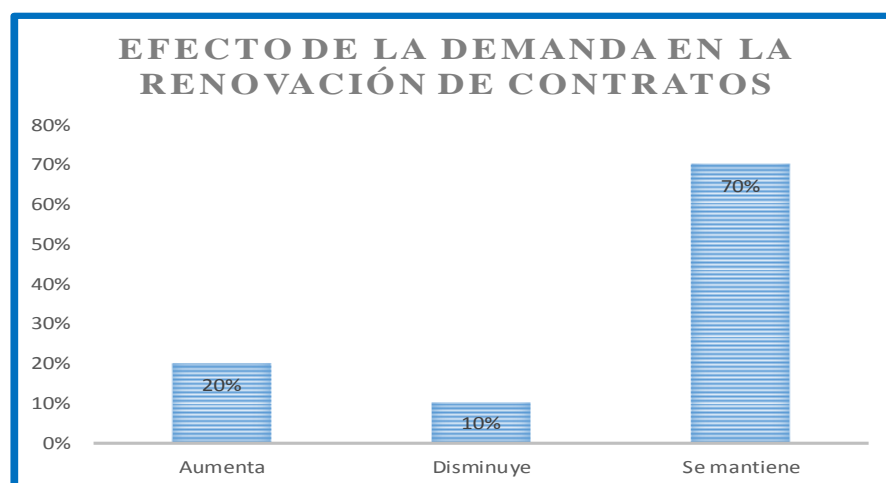
que no tienen la capacidad adquisitiva para los servicios mencionados que adiciona la nueva ley.

6. ¿Qué efecto se está produciendo en la demanda de servicios médicos prepagados para la renovación de contratos tras la aprobación de la ley en octubre del 2016?

Tabla 6. Efecto de la demanda en la renovación de los contratos, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Aumenta	2	20%
Disminuye	1	10%
Se mantiene	7	70%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 6 Efecto de la demanda en la renovación de contratos, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

La demanda para la renovación de los contratos se mantiene para 7 de 10 empresas por que aún no aprueba el ente regulador, Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros el

incremento de tarifas propuestas por las empresas de medicina prepagada, y mientras tanto las empresas están asumiendo costos en atenciones médicas, atenciones ambulatorias,

urgencias, enfermedades preexistentes, catastrófica, oncológicas integrales, psiquiátricas que adicione la nueva ley, y para 1 de 10 empresas disminuye porque no está en

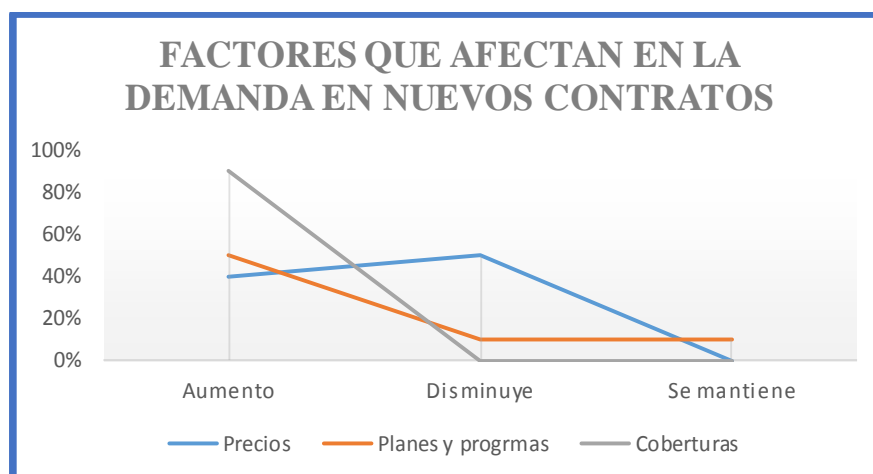
capacidad de asumir costos que se generan en los nuevos contratos, mientras no se apruebe el incremento de tarifas.

7. ¿Cuáles son los factores que han incurrido sobre el servicio de seguros de medicina prepaga que afecte directamente a la demanda referente a la adquisición de nuevos contratos? Califique del 1-3 donde 1 aumenta, 2 disminuye, 3 se mantiene.

Tabla 7. Factores que afectan a la demanda en nuevos contratos, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Precios	Planes y programas	Coberturas
Aumento	40%	50%	90%
Disminuye	50%	10%	0%
Se mantiene	0%	10%	0%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017			

Figuran 7. Factores que afectan la demanda en nuevos contratos, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

El principal factor que afecta en la demanda para los nuevos contratos son

las coberturas con un 90%, porque al adicionar nuevos servicios, atenciones

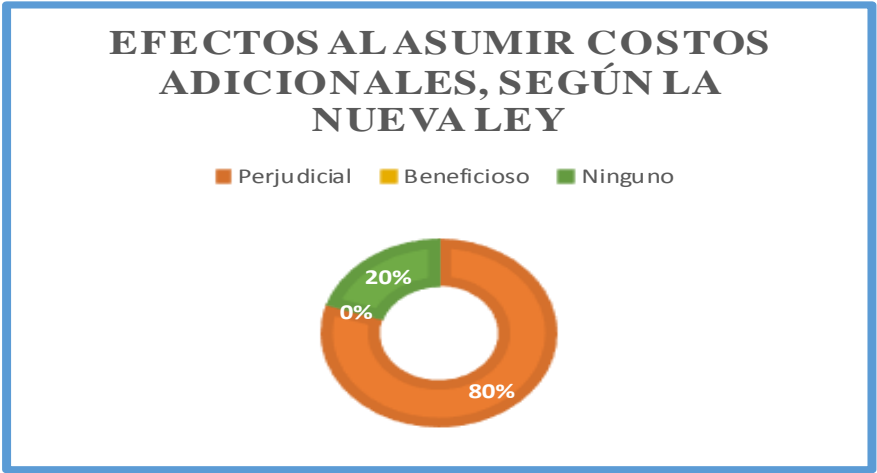
médicas, atenciones ambulatorias, una vez ya regulado y aprobado los urgencias, enfermedades preexistentes, incrementos en las tarifas, y dependerá catastrófica, oncológicas integrales, de la capacidad adquisitiva del cliente psiquiátricas, el precio final se para adquirir en planes y programas en incrementa y trasfiere al consumidor los nuevos contratos

8.¿Qué efectos cree que han tenido las medidas tomadas hasta ahora en la Ley orgánica vigente, menciona que deberán asumir costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractuales estipulados, que antes no cubrían en los contratos. Elija las opciones

Tabla 8. Efectos al asumir costos adicionales, según la nueva ley, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Perjudicial	8	80%
Beneficioso	0	0%
Ninguno	2	20%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 8. Efectos al asumir costos adicionales, según la nueva ley, Adoptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Actualmente 8 de 10 empresas de este sector se ve perjudicado con la aplicación de la nueva ley, al asumir costos que antes no cubrían como;

atenciones ambulatorias para diálisis y hemodiálisis, urgencias, enfermedades preexistentes, catastrófica, oncológicas integrales, psiquiátricas, y los desembolsos al IESS, reservas de capital que la ley obliga, mientras se espera la regulación y aprobación del

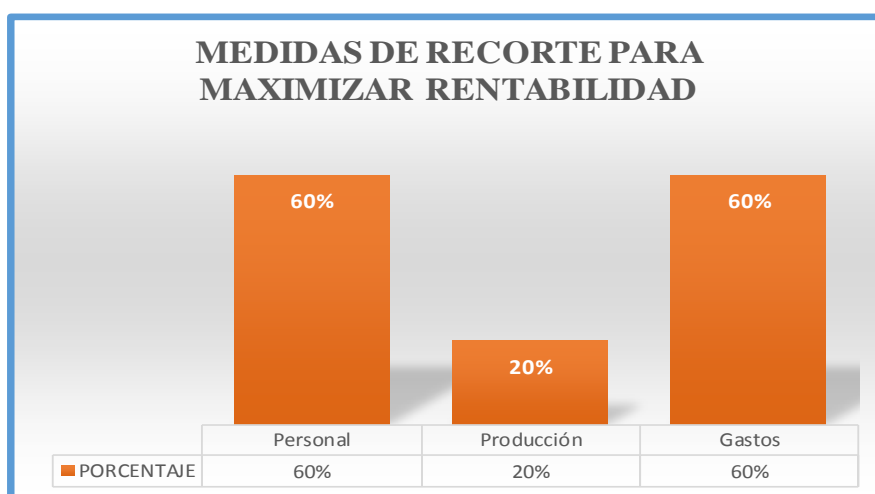
incremento en tarifas, lo que ha generado un afectación directa a sus utilidades, mientras que 2 empresas tienen ofertas similares que ya cubrían antes, y su solvencia financiera permite acoplarse a la nueva ley.

9. ¿Cuáles fueron las medidas de recorte que tuvo que tomar la gerencia para que le permita tener rentabilidad en sus actividades operacionales? Elija las opciones

Tabla 9. Medidas de recorte para maximizar rentabilidad, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Personal	6	43%
Producción	2	14%
Gastos	6	43%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 9. Medidas de recorte para maximizar rentabilidad, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Las empresas de medicina prepagada al encontrarse actualmente asumiendo costos de los servicios y coberturas estipulados en la nueva ley, se ven obligados a tomar medidas de recorte para maximizar utilidades, afectando de forma directa a las plazas de trabajo en 6 de 10 empresas se ha realizado

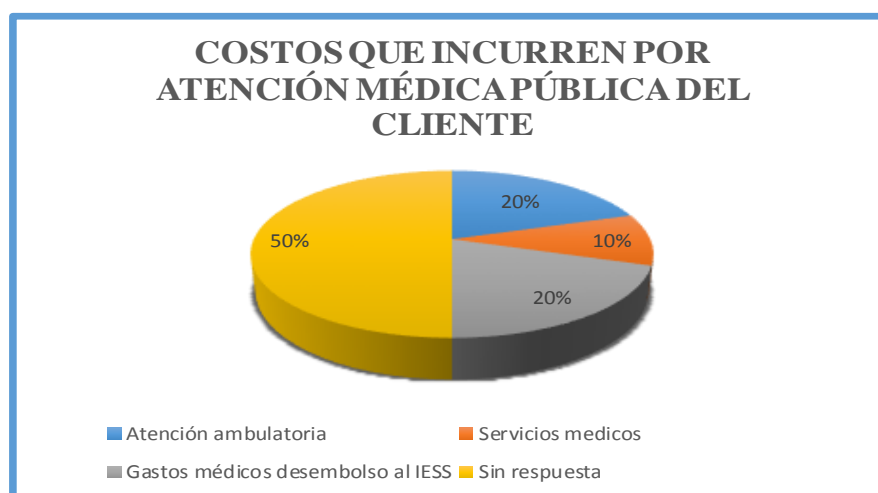
bastante recorte de personal y gastos que esto incluye a los beneficios de los empleados, gastos administrativos para poder reducir el déficit de la empresa.

10. ¿La ley obliga a que las empresas del sector de medicina prepagada reembolsen al (IESS) y al Ministerio de Salud cuando sus clientes sean atendidos en los centros médicos estatales por el valor de la póliza del contrato. ¿Qué costos incurren en esta modalidad de reembolso de gastos?

Tabla 10. Costos que incurren por atención médica pública del cliente, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Atención ambulatoria	2	20%
Servicios médicos	1	10%
Gastos médicos desembolso al IESS	2	20%
Sin respuesta	5	50%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 10. Costos que incurren por atención médica publica del cliente, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



En la actualidad las empresas aún desconocen cuáles serían los costos y gastos que se debería desembolsar al IESS y Ministerio de Salud, porque aún no reciben las facturas y están a la expectativa lo que pueda pasar en base a la conducta del cliente a la hora de

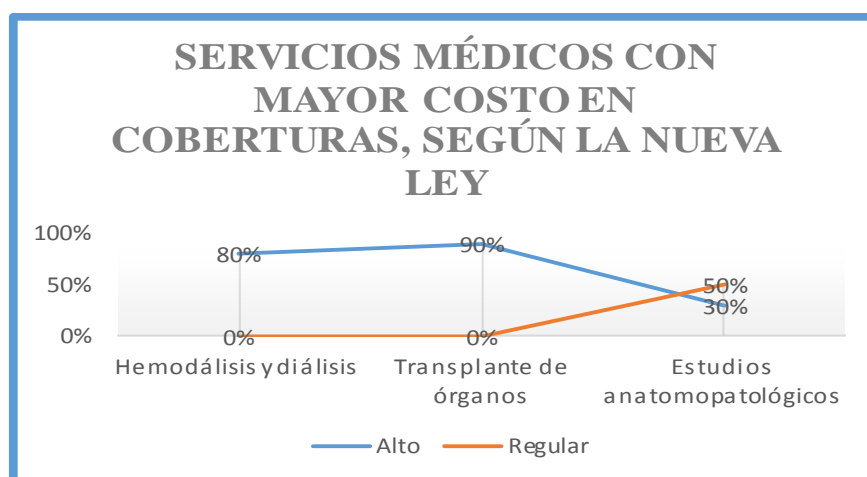
elegir donde atenderse, mientras que el 50% de las empresas deducen que deberían desembolsar por servicios médicos, atención ambulatoria y gastos médicos generales que demanden los clientes.

11. ¿Cuáles son los servicios de atención médica que incurren mayores costos dentro de las coberturas adquiridas en la póliza del contrato mediante la nueva ley vigente? Califique los costos donde, 1 regular, 2 Alto.

Tabla 11. Servicios médicos con mayor costo en coberturas, según la nueva ley, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Hemodálisis y diálisis	Transplante de órganos	Estudios anatomopatológicos
Alto	80%	90%	30%
Regular	0%	0%	50%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017			

Figura 11. Servicios médicos con mayor costo en coberturas, según la nueva ley, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

El 90% de los servicios médicos que presentan mayores costos son los

trasplantes de órganos, porque deberán cubrir una atención integral durante

todo el proceso si se presenta alguna complicación para el receptor y donante, que afecta a las empresas porque son costos que antes no cubrían, para el 80% de las empresas también deben cubrir costos altos en

las hemodiálisis y diálisis mediante la atención ambulatoria a domicilio si el paciente esta inmovilizado, lo que implica una inversión para el equipamiento ambulatorio adecuado.

12. ¿Cuáles son las enfermedades que presentan mayor siniestralidad en los clientes? Elija las opciones

Tabla 12. Enfermedades con mayor siniestralidad, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades preexistentes	10	100%
Enfermedades congénitas	0	0%
Enfermedades genéticas	1	10%
Enfermedades hereditarias	4	40%
Enfermedades oncológicas	6	60%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 12. Enfermedades con mayor siniestralidad, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Todas las empresas califican que las enfermedades preexistentes catastróficas, degenerativas, generan

mayor siniestralidad y costos dentro del nuevo marco normativo que deberán ser atendidas por un monto de

hasta 20 salarios básicos unificados a partir del mes 24, y el 60% de las empresas consideran la siniestralidad es alta en enfermedades oncológicas que deben cubrir de forma integral,

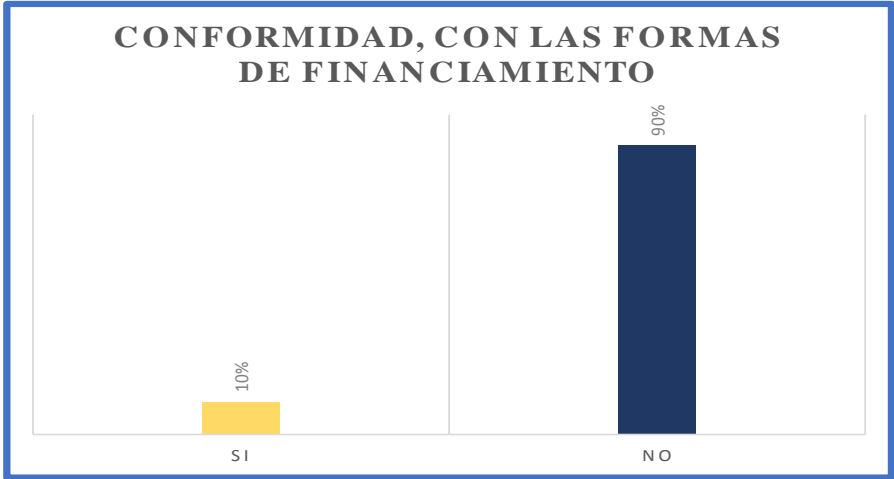
mientras que antes realizaban una evaluación del estado crítico del paciente que ahora la ley prohíbe para garantizar el aseguramiento universal.

13. ¿Está usted de acuerdo con lo expuesto por la ley donde “Se prohíbe utilizar recursos del Estado para financiar, subsidiar o participar en procesos de rescate financiero de este tipo de compañías?”

Tabla 13. Conformidad, con las formas de financiamiento, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencias	Porcentaje
Si	1	10%
No	9	90%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 13 Conformidad, con las formas de financiamiento, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Para 9 de 10 empresas están en desacuerdo que el Estado Ecuatoriano no proponga formas de financiamiento que ayude, cuando el mismo estado

exige asumir costos adicionales no presupuestados como las reservas de capital por un USD 1.000.000,00, considerando que no todas las

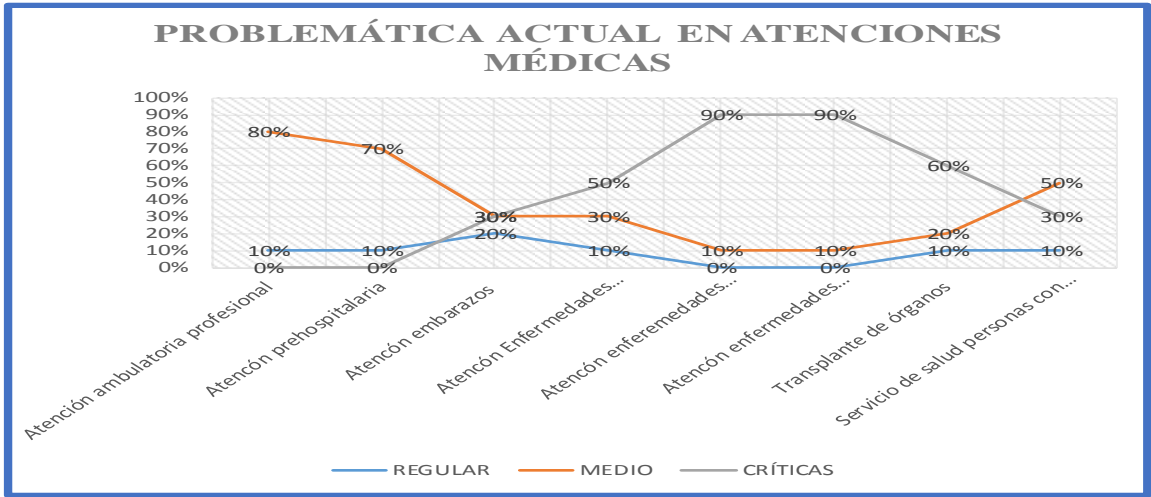
empresas cuentan con una posición financiera fluctuante, mientras que para 1 de 10 empresas no tiene problemas en la fuente de financiamiento por su situación económica que le permite financiarse para cubrir costos y la reserva de capital que exige la nueva ley.

14. ¿Cuál cree que es el mayor problema actualmente de las reformas de la Ley Orgánica del sector, en las coberturas para las empresas de medicina prepagada? Califique del 1 -3 donde 1 es regular, 2 media, 3 críticas.

Tabla 14. Problemática actual en atenciones médicas, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Regular	Medio	Crítica
Atención ambulatoria profesional	10%	80%	0%
Atencón prehospitalaria	10%	70%	0%
Atencón embarazos	20%	30%	30%
Atencón Enfermedades congénitas, genéticas y hereditarias	10%	30%	50%
Atencón enfermedades preexistentes	0%	10%	90%
Atencón enfermedades catastróficas	0%	10%	90%
Transplante de órganos	10%	20%	60%
Servicio de salud a personas con discapacidad	10%	50%	30%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017			

Figura 14. Problemática actual en atenciones médicas, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

El 90% de las empresas consideran un problema crítico, en enfermedades preexistentes y catastróficas por la implementación de servicios

ambulatorios móviles, tratamientos y rehabilitaciones que estos incurrierán a una mayor inversión, el 60% considera un problema crítico en atenciones de trasplantes de órganos al cubrir

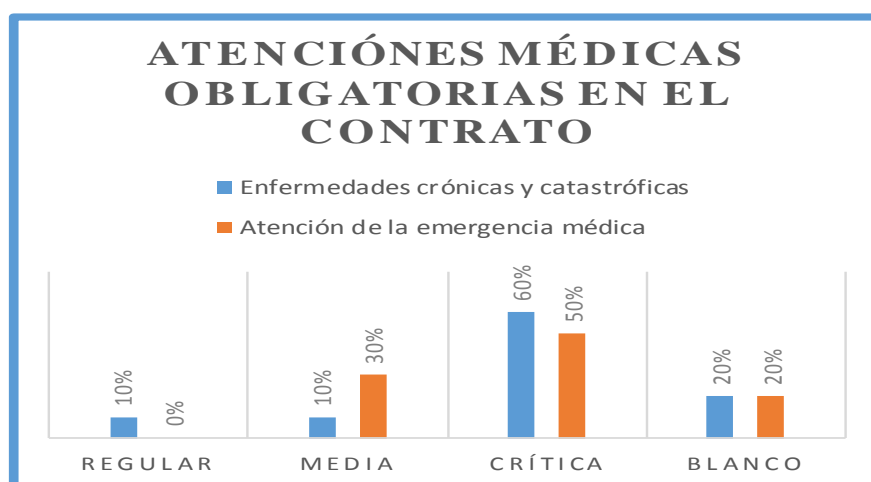
atenciones médicas para el receptor cliente y para el donante durante todo el proceso, que antes no estaba dentro de la cobertura atenciones para el donante.

15. ¿Cuál cree que es el mayor problema actualmente de las reformas de la Ley Orgánica del sector, en las clausulas obligatorias dentro del contrato? Califique del 1 -3 donde 1 es regular, 2 media, 3 críticas.

Tabla 15. Atenciones médicas obligatorias en el contrato, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Regular	Media	Crítica	Sin respuesta
Enfermedades crónicas y catastróficas	10%	10%	60%	10%
Atención de la emergencia médica	0%	30%	50%	20%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017				

Figura 15. Atenciones médicas obligatorias en el contrato, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Dentro de las cláusulas obligatorias en el contrato, las atenciones médicas de enfermedades crónicas y catastróficas

para el 60% de las empresas representan un problema crítico, porque conlleva mayores costos para

los desembolso y atenciones de servicios y tratamientos médicos especializados que demandan estas enfermedades, mientras que el 50% de las empresas ven como problema crítico las atenciones de emergencia

médica, al tener que cubrir los gastos de una persona en estado étlico considerando como una emergencia, que antes las empresas no cubrían sin previa evaluación.

16. ¿Cómo se desarrolla la prestación de servicios médicos ambulatorios profesionales y emergentes, según obliga la ley vigente? Elija las opciones

Tabla 16. Prestación de servicios médicos ambulatorios y emergentes, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Médicos Propios	2	17%
Convenios con terceros	10	83%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 16. Prestación de servicios médicos ambulatorios y emergentes, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

En prestaciones de servicios médicos 8 de 10 empresas realizan prestaciones médicas mediante convenios con

terceros que le permite ofrecer al cliente mayor diversidad en atenciones de especialización, estas empresas

consideran una inversión alta, al no trabajar con convenios, porque deberían invertir en instalaciones, profesionales y equipos especializados, tomando en cuenta que el cliente puedes escoger una modalidad abierta donde atenderse esto no garantiza un margen de

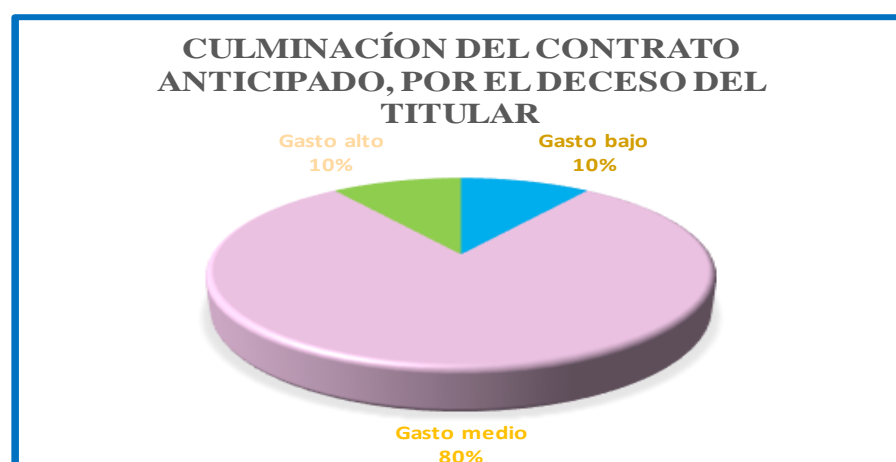
utilidad con médicos propios, mientras que 2 de 10 empresas también cuentan con médicos propios y convenios, trabajan con médicos propios porque algunos clientes muestran conformidad y fidelidad al momento de atenderse.

17. ¿Cómo se considera estos gastos para la administración referente a las terminaciones anticipadas de un contrato donde la ley prohíbe la culminación del mismo y exige la cobertura de un año más del deceso del titular como persona natural? Elija las opciones

Tabla 17. Culminación del contrato anticipado, por el deceso del titular, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Gasto bajo	1	10%
Gasto medio	8	80%
Gasto alto	1	10%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 17. Culminación del contrato anticipado, por el deceso del titular, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Para 8 de 10 empresas consideran un gasto medio el asumir una prima durante el año después del fallecimiento del titular, pues esto les permite ofertar coberturas con descuentos a los beneficiarios directos de la póliza, que en su mayoría optan

por adquirir un nuevo contrato, y para 1 empresa considera un costo alto al no percibir la prima y tener que asumir ese costo en el caso que presente una siniestralidad grave durante ese periodo.

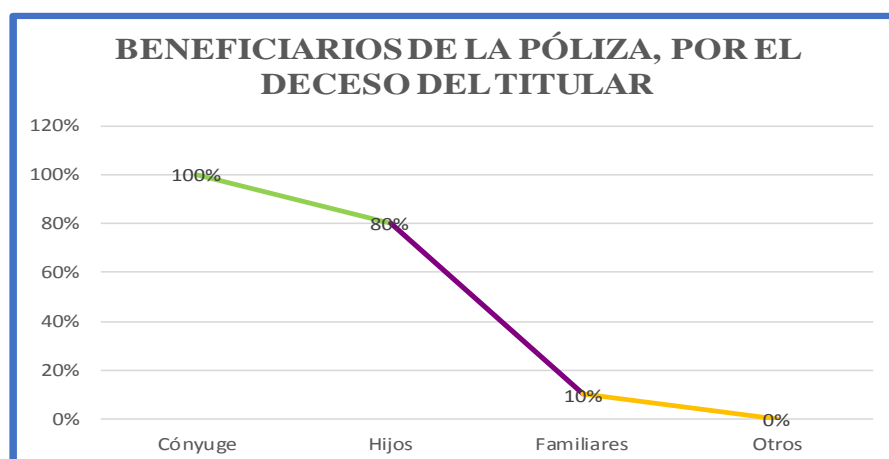
18. ¿Según lo expuesto por la ley no se puede realizar la terminación de un contrato anticipado en el caso del fallecimiento del titular, debiendo la empresa cubrir la póliza durante el periodo de un año más, a partir del deceso del titular.

¿Cuáles serían los beneficiarios directos a quienes transfiere los derechos de la póliza? Elija las opciones

Tabla 18. Beneficiarios de la póliza, por el deceso del titular, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencias	Porcentaje
Cónyuge	10	100%
Hijos	8	80%
Familiares	1	10%
Otros	0	0%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 18. Beneficiarios de la póliza, por el deceso del titular, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

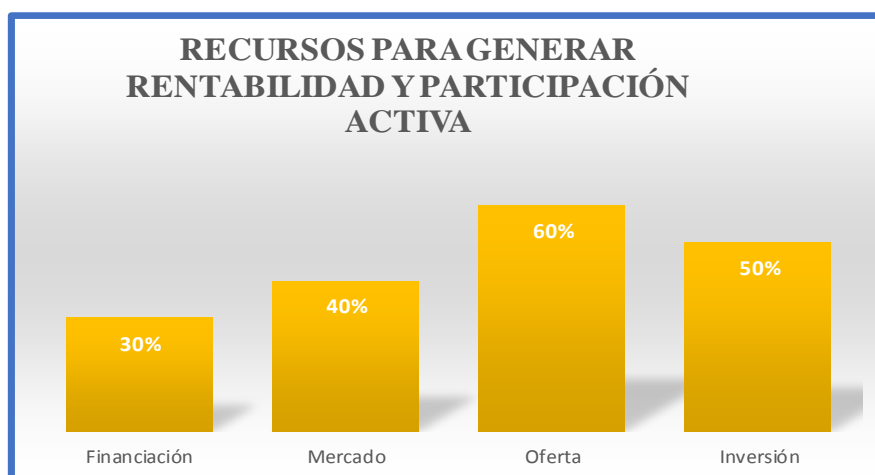
Las empresas cuando fallece el titular transfieren los beneficios de la póliza en el siguiente orden: Cónyuge, hijos, y solo en ausencia del cónyuge e hijos se transfiere a los familiares hasta tercer grado de consanguinidad, mediante la posesión efectiva y acta de defunción, asumiendo la empresa el costo de la prima durante el año que establece la nueva ley.

19. ¿Sobre qué habría que incidir más para mantener una rentabilidad y participación activa en el mercado de este sistema de salud? Elija las opciones

Tabla 19. Recursos para generar rentabilidad y participación activa, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Financiación	3	30%
Mercado	4	40%
Oferta	6	60%
Inversión	5	50%
Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017		

Figura 19. Recursos para generar rentabilidad y participación activa, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Las empresas buscan seguir creciendo en el mercado para lo cual piensan optar por mejorar su porfolio buscando servicios en ofertas que aún no han sido cubiertas en las necesidad de los clientes equiparando precios, pero para ello deberán recurrir a financiamiento para poder invertir y cubrir con las reservas de capital por USD 1.000.000,00 que no todas las empresas están en condiciones de cubrir, y asumir los costos en atenciones médicas, atenciones ambulatorias, urgencias, enfermedades preexistentes, catastrófica, oncológicas integrales, psiquiátricas que adiciono la nueva ley, en cuanto se aprueba el incremento de tarifas.

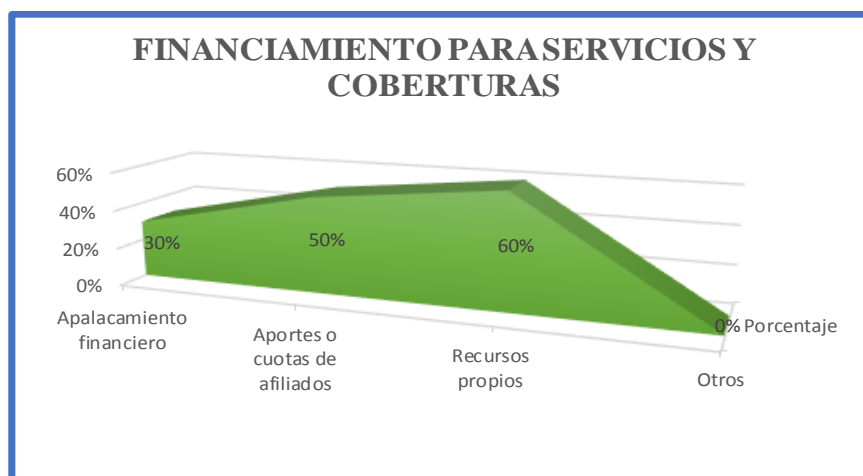
20. ¿Cómo se solventa los costos incurridos en todos los servicios de coberturas que exige de forma obligatoria la ley? Elija las opciones

Tabla 20. Financiamiento para servicios y coberturas, Adaptado de la investigación por, Segovia E.2017

Datos	Frecuencia	Porcentaje
Apalacamiento financiero	3	30%
Aportes o cuotas de afiliados	5	50%
Recursos propios	6	60%
Otros	0	0%

Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Figura 20 Financiamiento para servicios y coberturas, Adaptado de la investigación por Segovia E, 2017



Elaborado por: Esthela Segovia F, 2017

Las empresas utilizarán recursos propios en el caso de las grandes empresas que pueden solventar, y apalancamiento financiero para aquellas empresas que no tienen la capacidad financiera y poder cubrir los costos que incurrieron con la nueva ley, dentro de estos siendo la mayor problemática el desembolso a los centros médicos estatales, por las coberturas en atenciones médicas, atenciones ambulatorias, urgencias, enfermedades preexistentes, catastrófica, oncológicas integrales, psiquiátricas que el cliente demande, y también para poder financiar las

reservas de capital por un USD 1.000.000,00 , se ven obligados a buscar medios de financiamientos para el desarrollo de su actividades operacionales.

10. Conclusiones

Con los resultados obtenidos se describe las siguientes conclusiones:

* En los resultados se identifica que los efectos económicos financieros tras la aprobación de la nueva ley, generan un ambiente económico desfavorable para la generación de utilidades en las empresas, al estar actualmente asumiendo costos de

coberturas en atenciones médicas, atenciones ambulatorias, urgencias, enfermedades preexistentes catastrófica, Trasplantes de órganos, oncológicas integrales, psiquiátricas que el cliente demande, adicional al desembolso que deben realizar al IESS y Ministerio de salud, más el capital suscrito de un USD 1.000.000,00 se han visto en la necesidad de tomar medidas para disminuir gastos, afectando directamente a aplazas de trabajo, las empresas se proyectan a una recuperación de utilidades cuando se apruebe el incremento de tarifas ya presentado, cuidando la condición económica del cliente en conformidad con la nueva ley.

* La demanda actualmente se mantiene un poco estable, no ha decrecido en un porcentaje alto, debido a que se mantienen los contratos anteriores y para la renovación y nuevos contratos aún no se regula los incrementos de las tarifas

en su totalidad, los mismos costos que están siendo asumidos por las empresas, para ello las empresas buscan captar un mercado individual antes que corporativo, al momento se encuentran a espera de la evolución de la ley, para poder evaluar los resultados operacionales transcurridos durante este año, y continuar diseñando nuevas estrategias para seguir participando en el mercado.

* Los gastos que presentan problemas críticos son los desembolsos a centros médicos estatales cuando los clientes usen sus servicios médicos, tomando en cuenta que esto afecta de forma directa a las empresas que prestan servicios de medicina prepagada en el margen de utilidad por las atenciones y servicios médicos que es su actividad operacional, es de preocupación que no haya una parte explícita en la ley donde les permitan realizar auditorías médicas para evaluar el costo que se está facturando.

* Las empresas de medicina prepagada en su mayoría se ven motivadas a buscar fuentes de financiamiento que les ayuden a cubrir costos que actualmente asumen, reservas de capital, desembolso al IESS y Ministerio de salud que obliga la ley, disponiendo de recursos propios, aportes de accionistas y apalancamientos financieros, con el fin de mantener una participación activa en el mercado en conformidad de la nueva normativa de la ley.

* Las enfermedades que presentan mayor siniestralidad, y aumento de costos por las atenciones médicas que demandan estas enfermedades, son las enfermedades preexistentes catastróficas con el desembolso del 20 salarios básicos a partir del mes 24 , y la enfermedades oncológicas que antes las empresas tenían la potestad de evaluar el estado crítico y calificar o no como cliente.

* Los servicios y atenciones médicas que representan mayores costos para las empresas de medicina prepagada, tras la aprobación de la nueva ley son coberturas en hemodiálisis y diálisis, Trasplante de órganos, enfermedades degenerativas, debido a todo el proceso de tratamiento médico especializado y equipamiento adecuado para la atención ambulatoria, hospitalaria y prehospitalaria.

Bibliografía

- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (17 de Octubre de 2016). ley orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica. Quito, Ecuador .
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (17 de Octubre de 2016). Ley orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica . Quito, Ecuador.
- Asamblea Nacional de las República del Ecuador. (17 de Octubre de 2016). Ley orgánica que regula las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica . Quito, Ecuador.
- Carvajal, L. (2013). *Metodología de la investigación. (17ª edición)*. Pág. 29. Cali- Colombia: Editorial Fald.
- Carvajal, L. (2013). “*Metodología de la Investigación. Curso General y Aplicado*”, (17ª edición). ., Pág. 35. Cali – Colombia: Editorial Fald.
- Comercio. (2016). *Diario el Comercio*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/actualidad/empresas-aseguradoras-perdidas-ley-medicinaprepagada.html>
- Constitucion de la Republica del Ecuador . (20 de Octubre de 2008). *ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR*. Obtenido de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Directorio Médico de Quito. (10 de Mayo de 2017). *Medicina Pregada en Quito*. Obtenido de <http://directoriomedicoquito.com/prepagada.htm>
- Directorio Médico Quito. (2015). *Directorio Médico Quito*. Obtenido de <http://directoriomedicoquito.com/prepagada.htm>
- Directorio Médico Quito. (2015). *Directorio Médico Quito*. Obtenido de <http://directoriomedicoquito.com/prepagada.htm>
- FundaciónMapfre. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. *Instituto de Ciencia del Seguro*, 17.
- Jumbo, G. (1996). *EL SEGURO SOCIAL DEL FUTURO*. Quito: Diario el Comercio.
- Junta Bancaria del Ecuador , Pag. 3. (10 de Mayo de 2017). *Superintendencia de Bancos y Seguros*. Obtenido de http://www.superbancos.gob.ec/medios/PORTALDOCS/downloads/normativa/2012/resol_JB-2012-2154.pdf
- Ley General de Seguros. (04 de Agosto de 2008). Obtenido de <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/LEY-GENERAL-DE-SEGUROS-act.pdf>
- Ley General de Seguros. (10 de Mayo de 2017). *Superintendencia de Bancos y Seguros*. Obtenido de <http://www.superbancos.gob.ec/medios/PORTALDOCS/downloads>

/normativa/Ley_general_seguros_
12_sept_14.pdf

Rodríguez, V. (2009). *Metodología de la Investigación*. Quito: SERTEMAV.

Rodríguez, V. H. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quito: Ed. SERTEMAV.

Seguros, S. d. (2011). Medicina Prepagada Ecuador. *EKOS*, 115.

Sekhiri & Savedoff. (2005).

Sekhiri & Savedoff. (2005).

Superintendencia de Bancos. (10 de 05 de 2017). *La Seguridad Social en el Ecuador*. Obtenido de http://www.sbs.gob.ec:7778/practg/sbs_index?vp_art_id=46&vp_tip=2#5